

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

314
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sigisbert CASSIN

Né le 4 janvier 1933, à Basse-Terre (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le

196 4

Contribution
à l'étude des perversions sexuelles
et des maladies vénériennes
au cours de la vie en campagne

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CASSIN

Prénom : SIGISBERT

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

CASSIN (SIGISBERT) - Contribution à l'étude des perversions sexuelles et des maladies vénériennes, au cours de la vie en campagne. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1964, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

CASSIN (SIGISBERT) - Contribution à l'étude des perversions sexuelles et des maladies vénériennes, au cours de la vie en campagne. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1964, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

CASSIN (SIGISBERT) - Contribution à l'étude des perversions sexuelles et des maladies vénériennes, au cours de la vie en campagne. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1964, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

CASSIN (SIGISBERT) - Contribution à l'étude des perversions sexuelles et des maladies vénériennes, au cours de la vie en campagne. — Paris, Imp. R. Foulon & Cie, 1964, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sigisbert CASSIN

Né le 4 janvier 1933, à Basse-Terre (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le

196

Contribution
à l'étude des perversions sexuelles
et des maladies vénériennes
au cours de la vie en campagne

Président : M. DELAY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALATOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELÈVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHTER (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	DELMAS (A.)	Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)	Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)	Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)	Pathologie exotique	N...
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)	Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)	Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)		BRICAIRE (H.)
	DOGNON (A.)	Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
	DJOURNO (A.)	Pathol. et therap. générales	DEPARIS (M.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)	Physiologie	BARGETON (D.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)		PARROT (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)	Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Histologie	GIROUD (A.)	Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)	Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	Thérapeutique	CONTE (M.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)	Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)	Physiologie	DEJOURS (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)	Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	OLONOVSKI (J.)		GOUGEROT (L.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)		

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

<i>Cliniques :</i>		<i>Cliniques :</i>	
— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)	— Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
— cardiol. (Broussais)	SOULIÉ (P.)	— gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) ; - <i>Cochin</i> : LEGER (L.) ; - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) ; - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) ; - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) ; - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) ; - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).		— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)	— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)	— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)	— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)	— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
		— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)

Cliniques :

- médicales : *Broussais* : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - *Cochin* : BROUET (G.); - *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.); - *Lariboisière* : SÈZE (S. DE); - *Pitié* : DREYFUS (G.); - *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).
- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) DEBRAY (Ch.)
- médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) MARIE (J.)
- médicale propédeutique (*Broussais*) JUSTIN-BESANÇON (L.)
- médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (*Hôtel-Dieu*) DEROT (M.)
- neuro-chirurgie (*Pitié*) DAVID (M.)
- neurolog. (*Salpêtrière*) GARCIN (R.)
- obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.); - *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).
- obstétricale et gynécolog. (*Port-Royal*) VARANGOT (J.)
- ophtalmol. (*Hôtel-Dieu*) RENARD (G.)
- » (*Cochin*) OFFRET (G.)
- oto-rhino-laryngologique (*Lariboisière*) AUBRY (M.)

MM.

Cliniques :

- pédiatrie et de puéricul. (*Saint-Vincent-de-Paul*) N...
- pneumo-phthisiologie (*Laennec*) BERNARD (E.)
- neuro-psychiatrie infantile (*Salpêtrière*) MICHAUX (L.)
- rhumatologie médicale et sociale (*Cochin*) COSTE (F.)
- stomato. (*Salpêtrière*) DECHAUME (M.)
- thérapeutique chirurg. (*Vaugirard*) ROUX (M.)
- thérapeutique médicale (*Saint-Antoine*) LEMAIRE (A.)
- toxicologique GAULTIER (M.)
- urologique (*Cochin*) ABOULKER (P.)
- chirurg. orthopédique et traumatologique PADOVANI (P.)
- Séméiologie médicale DOMART (A.)
- Séméiologie et clinique chirurgicales POILLEUX (F.)
- Séméiologie traumatique et orthopédique JUDET (R.)
- Clinique urolog. (*Necker*) COUVELAIRE (R.)
- Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance (*Trousseau*) N...

MM.

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

- Hydrologie et climatologie GIBERTON (A.)
- Maladies infectieuses BASTIN (R.)
- Oto-Rhino-Laryngologie MADURO (R.)
- Pneumo-Phthisiologie KREIS (B.)

- Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
- Rhumatologie DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).

Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) *pr. s. ch.* MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *pr. s. ch.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie : MM. BARBIER (P.); *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), *pr. s. ch.*; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).

Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).

Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), *m. conf.*; LEDOUX-LEBARD (G.).

Embryologie : M. ROUX (Ch.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), *p. s. ch.*; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).

Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHT (G.); SEBAOUN (J.).

Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOURROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie : M^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SÉRGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM.CHANTEUR (J.); COURSAGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-ptisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUIROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Qui n'ont rien négligé pour me réserver
le plus beau des métiers.*

*En témoignage de ma profonde tendresse
et de ma reconnaissance.*

A MA FEMME ET A MA FILLE

Qui éclairent ma vie d'un bonheur profond.

En témoignage de ma tendresse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Directeur à l'Institut de Psychologie
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie Française
Commandeur de la Légion d'Honneur (Santé Publique)

*En remerciement du grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de cette
thèse, et en témoignage de gratitude pour
l'enseignement qu'il m'a dispensé.*

Durant son séjour en Algérie, le médecin du Service de Santé s'est souvent trouvé en face d'une pathologie inhabituelle, en fonction de laquelle il aura dû se renouveler, acquérir de nouvelles connaissances.

Dans le cas qui nous concerne, catapultés dans un corps de mercenaires musulmans, nous nous sommes soudain trouvés devant un problème qui jamais ne nous avait paru aussi important, celui de la vie sexuelle du combattant. Ceci d'autant plus que, par notre rôle, nous ne pouvions nous contenter d'en être le simple spectateur, mais l'arbitre, l'hygiéniste, le thérapeute.

Cette fonction qui en temps de paix et dans un pays organisé retenait peu notre attention, appartenait à la vie privée de chacun, confinait à un quasi ésotérisme individuel, devenait ici une nécessité essentielle, au même titre que le boire et le manger ; mais son urgence se posait avec plus d'intensité, car contrariée dans son accomplissement normal.

Quels étaient ces facteurs contraires ?

1° Tout d'abord, la personnalité même des intéressés :

Hommes dont le théâtre d'opération est la saine nature, rompus à des tâches quasi sportives exigeant des dépenses physiques et musculaires constantes, ce sont des êtres physiologiquement équilibrés, à l'appétit sexuel normal.

2° D'autre part, l'isolement relatif où ils se trouvent :

Sexuellement actifs, ils n'ont point avec eux leurs femmes. Ailleurs, placés dans les postes isolés, dans des casernements situés dans des villages perdus au milieu des djebels arides où, les femmes voilées ne jouissent pas de l'émancipation sexuelle des populations dites civilisées, leur continence confine au drame.

Enfin :

3° La vie en commun au sein d'une collectivité de même sexe, dans la promiscuité des dortoirs.

De la conjonction de ces trois facteurs : impulsions libidinales normales, sevrage sexuel, confrontation des sexes homonymes, naîtra la perversion.

Physiologie psycho-hormonale de l'acte sexuel chez l'homme

Pour mieux comprendre les questions que nous allons aborder, il importe de rappeler les lois qui régissent l'acte sexuel, et de le situer dans son contexte psychique, nerveux et hormonal.

L'étude analytique de l'érection et de l'éjaculation permet de limiter à la moelle lombo-sacrée, et à ses fibres afférentes, l'ensemble des structures nerveuses élémentaires nécessaires et suffisantes à l'accomplissement de ces deux manifestations sexuelles du mâle.

Cependant, l'activité ou l'excitabilité des centres nerveux médullaires peut être modifiée dans un sens comme dans l'autre par de multiples afférences qui y convergent : celles-ci proviennent soit des récepteurs sensibles situés à la périphérie hors du névraxe, soit aussi d'autres agrégats neuroniques, situés au-dessus à différents étages du système nerveux central.

Ainsi, la facilité avec laquelle apparaît l'excitation du pénis chez le chien spinal, semble due à une libération d'un contrôle exercé par des formations plus haut situées dans le névraxe et dont l'activité s'exerce sur les centres vaso-dilatateurs péniens, dans le sens d'une inhibition.

Dans l'expérience de déconnexion cortico-hypothalamique du chat de BARD (1928) consécutivement au « sham-rage », apparaît chez le chat un véritable dérèglement de l'instinct génésique. L'animal s'accouplant avec n'importe quoi, ce qui prouverait bien la réalité d'une action inhibitrice encéphalique.

Il est certain que le mécanisme de l'acte sexuel doit être envisagé sous deux aspects :

— Il y a d'abord ce que l'on peut appeler le comportement élémentaire ayant à la base des réflexes médullaires essentiellement lombo-sacrés.

— Il y a aussi le comportement érotique, beaucoup plus complexe, surtout chez l'homme où se superposent une foule de réflexes d'asso-

ciation inter-centrales, mettant en jeu des circuits nerveux extrêmement complexes, corticaux ou sous-corticaux, spécialement hypothalamiques.

Chez l'homme, une impuissance passagère a été signalée après un traitement par électrochoc (MICHAEL, 1951) et l'on sait que la phase post-convulsive s'accompagne d'une diminution de l'excitabilité nerveuse et centrale, corticale et sous-corticale.

Il est indéniable que les stimuli tactiles portés sur les régions autres que la sphère génitale, les stimuli visuels, olfactifs ou auditifs, concourent à la réalisation de l'érection non seulement chez l'homme mais aussi chez l'animal. Le charme de la partenaire et son comportement, bien plus, la simple évocation de souvenirs et d'images érotiques, parfois même une émotion, suffit parfois à déclencher l'érection et quelquefois l'éjaculation. Mais, il s'en faut de beaucoup que les phénomènes sensoriels constituent toujours une excitation, les inhibitions sont encore plus variées, chez l'homme les psychiatres les connaissent bien.

Mais le système nerveux n'est certainement pas seul à régir le comportement sexuel du mâle, et *le rôle des hormones*, spécialement des hormones sexuelles, doit être envisagé. Leur intervention apparaît même décisive en ce qui concerne l'activité sexuelle locale, c'est-à-dire l'érection, l'émission de sperme et son éjaculation. Les rôles de la sécrétion interne testiculaire et celui plus accessoire de la sécrétion adrogénique cortico-surrénale, dans la morphogénèse et le développement pubertaire du pénis et des glandes génitales annexes (prostate, vésicules séminales), ont été établis par une quantité considérable de documents expérimentaux ou cliniques. Bien plus, en dehors de ces effets locaux sur les récepteurs spécifiques de la sexualité, *l'activité et l'excitabilité du système nerveux central lui-même* peut dépendre de la qualité de l'imprégnation hormonale.

Dans un travail récent consacré au rôle des hormones dans l'activité sexuelle masculine, Gilbert DREYFUS et ALEXANDRE (1959) soulignent que dans l'abolition de la sexualité consécutive à la castration prépubertaire, il faut tenir compte d'une inhibition d'ordre psychologique liée à un sentiment d'infériorité. On connaît d'autre part des exemples de sujets humains eunuchoïdes dont le taux des 17-cétostéroïdes urinaires est extrêmement faible, mais dont la verge hypotrophique présente des érections capables de permettre le coït, bien qu'il n'y ait pas d'éjaculation.

Enfin la castration post-pubérale, surtout lorsqu'elle est réalisée chez un homme en période de vie génitale active, n'entraîne généralement que la stérilité du mâle ; la libido, les érections, les rap-

ports sexuels n'étant que peu perturbés. Sans doute en est-il ainsi, en raison de la corticalisation de la sexualité dans l'espèce humaine.

Les différents temps de l'acte sexuel : érection, éjaculation, s'intègrent dans tout un comportement dont la stabilité relativement indépendante des hormones est la conséquence d'un véritable conditionnement, fruit d'expériences antérieures et de stimuli affectifs ou autres qui y étaient associés.

À la lumière de ces données : action des stimuli extérieurs divers, interférences des actions du système nerveux et des glandes endocrines, possibilités d'inhibition ou de stimulation psychiques, nous saisissons mieux le processus physio-pathologique des perversions sexuelles et leur évolution.

Sous quelles formes se manifestaient ces perversions ?

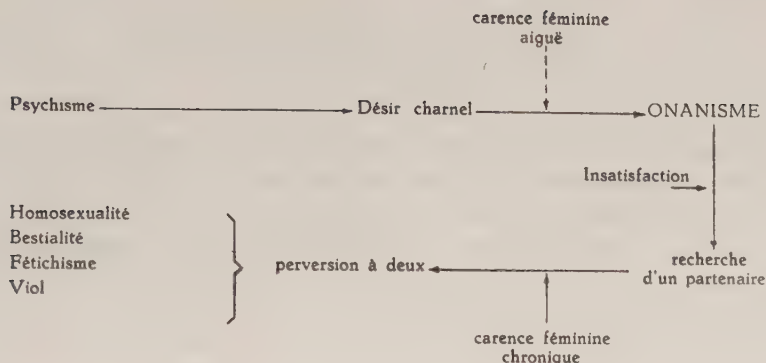
Ce sont :

- l'onanisme ;
- l'homosexualité ;
- la bestialité ;
- le coït obligé ;
- le fétichisme ;
- masturbation rectale par corps étranger.

I. — L'ONANISME

De ONAN, personnage biblique qui répandait son sperme à tout vent pour ne pas procréer, l'onanisme est un acte courant chez le militaire privé de partenaire. Dès que le loisir et la solitude sont suffisants pour permettre l'évasion de la pensée vers des scènes de volupté, le désir naît assez intense pour chercher son apaisement d'une manière ou d'une autre, dans la masturbation par exemple.

Acte banal en soi si on le considère dans sa fréquence chez les adolescents de tous milieux, le médecin n'y attacherait point d'intérêt s'il était un remède aux sollicitations psycho-sexuelles. Mais ce n'est qu'un pis-aller, aggravant par son insuffisance l'insatisfaction première, démontrant combien est nécessaire à la plénitude de l'orgasme la présence d'un partenaire. Ce partenaire, au début si ardemment souhaité, est la femme, mais son absence chronique aboutit inéluctablement à créer un cercle vicieux :



Ainsi, l'onanisme n'est pas une perversion définitive, c'est l'ouverture de la vanne du désir sur une réalité qui devrait être mais qui n'existe pas. L'onanisme ne peut pas trouver en lui-même sa satisfaction, il crée par son résultat une aspiration seconde qui est celle de la femme, de la possession du sexe opposé.

L'onanisme est l'apanage des frustrés, soit par le fait de circonstances extérieures indépendants d'eux, soit par le fait de leur timidité propre. Dans la seconde alternative, il ne pose guère de problèmes graves dans un pays où la sexualité ne connaît pas d'entraves à son accomplissement normal. Dans le premier cas, la famine féminine persistante amènera inexorablement l'homme à se contenter d'un partenaire de fortune, alors naîtront les autres aspects de la perversion, avilissante et parfois criminelle.

II. — FÉTICHISME

Ce n'est qu'une variante de la masturbation : la main agissante étant remplacée ici par un objet capable de produire l'orgasme, du fait de la métamorphose obsessionnelle de cet objet dans l'esprit pervers.

La feuille grasse des figuiers de Barbarie contient en son sein une substance blanche, solide, onctueuse. Habilement sculptée, elle fera office de vagin, ce sera la femme, oh ! combien appréciée du légionnaire.

Plus loin, la botte qui, dans l'esprit des sous-officiers de 1914, restait liée au souvenir de ces jeunes femmes de l'époque, aux hautes bottines lacées, était une source d'excitation sensuelle.

III. — LA BESTIALITÉ

La bestialité se caractérise par les rapports sexuels entre homme et animal ; elle peut être active avec les animaux femelles ou passive avec les animaux mâles.

L'animal le plus apprécié ici est l'âne, car plus commun, ubiquitaire, vivant pacifiquement avec l'homme dans les vastes étendues des djebels. Bête de taille respectable, il ne pose guère de problèmes acrobatiques ; ce sera l'animal « à tout faire » de prédilection des fantassins, lors des bivouacs du bataillon en marche.

Le chien a aussi sa part ; traînaillant dans les cours des casernements, il vit en bonne harmonie avec les hommes de troupe ; la familiarité deviendra cavalière.

Déjà de leur vivant, les gallinacés élevés à des fins culinaires feront les délices de certains.

Dans l'Antiquité, nous retrouvons cette zoophilie du combattant ; c'étaient là les troupeaux de chèvres que les armées grecques entraînaient à leur suite, leur réservant un double usage charnel.

IV. — LE COÏT OBLIGÉ

C'est par définition le coït sur la personne d'une femme non consentante, dans la mesure où ce consentement n'est pas donné par une autorité supérieure, dispensant de l'acceptation de la femme. C'est dans la civilisation européenne l'autorisation de la société s'affirmant dans le mariage (le mari ne viole pas son épouse, dût-il aller contre sa volonté). C'est dans la civilisation arabe la toute puissance paternelle qui, faisant fi du consentement de la fille, l'offre moyennant paiement à l'homme qui la désire.

En campagne, l'autorisation émanait de l'absence de sanction, donnant le champ libre aux soldats en rut.

En fait, il n'y avait pas de consentement passif de la femme forcée au coït ; si cet état d'esprit existe dans la vie quotidienne face à l'époux qu'elle n'a pas choisi, devant le guerrier, par contre, elle manifestait une résistance qui par les cris, qui par la lutte, obligeait celui-là à employer la contrainte terrifiante qu'est la menace de mort. Argument toujours efficace, obtenant l'immobilité absolue.

le consentement craintif au coût de l'agresseur, le sacrifice d'un moment, en échange de la vie.

Ainsi la guerre, la loi du plus fort libérait les instincts réfrénés du temps de paix, ceci à un tel degré que la conscience même du viol était remplacée dans l'esprit de l'offenseur par un sentiment naturel de conquête d'une femme facile qu'il avait rendue heureuse.

Si nous nous référons à l'histoire, à toute époque les guerres se sont accompagnées de calamités de ce genre, c'était la rançon des vaincus, le butin des vainqueurs.

V. — L'HOMOSEXUALITÉ

Elle revêtait deux formes :

- l'homosexualité passive ;
- l'homosexualité active.

• L'HOMOSEXUALITÉ PASSIVE

Elle était le fait de nouveaux initiés, de pusillanimes à la sentimentalité excessive, au complexe d'Œdipe non résolu, cherchant à remplacer une affection perdue.

Elle englobait aussi les invertis endurcis, aimant la variation, les actifs désirant prolonger leurs vibrations sensuelles dans une voluptueuse passivité. Elle avait quelquefois recours aux actifs habituels pour parer à une indisponibilité des passifs en titre.

Leur orgasme prostatique fait qu'ils s'identifient à la femme dont ils envient la passivité orgastique.

• L'HOMOSEXUALITÉ ACTIVE

Elle était le propre des anciens, des puissants, des forts dont le sentiment de supériorité, la fausse vanité ne souffraient pas qu'ils se diminuassent à s'offrir en pâture. Trouvant leur justification dans la privation causale et leur ambivalence, ils n'éprouvaient aucun remords, sinon quelque commisération à l'égard du passif.

En fait, les passifs étaient rares, les actifs relativement nombreux, d'où souvent des séances de pédérastie collective, mettant en présence un passif et une dizaine d'actifs.

Ubiquitaire, l'inversion se retrouve dans les collectivités disciplinaires, chez les marins et fantassins obligés à la cohabitation intime.

Elle n'allait pas ici jusqu'à l'attentat pédérastique, mais les nouvelles recrues un tantinet stéatopyges devaient se défendre contre son endémicité.

Alors que dans la vie courante c'est le passif qui recrute et souvent entretient l'actif, ici le faible pourcentage de passifs faisait que le racolage devenait le monopole de l'actif, et la passivité quelque fois un gage.

Sur un petit nombre d'invertis découverts, il y avait :

- 30 actifs ;
- 5 passifs entrés à l'infirmerie pour rectorragies ;
- 12 zoophiles aussi homosexuels.

Ce total de 47 (soit 8 % de l'effectif) avaient moins de vingt-cinq ans. Ils étaient tous célibataires.

Si on considère qu'au-dessus de trente-cinq ans le célibat était exceptionnel chez ces hommes, on est enclin à conclure à une normalisation de la vie sexuelle avec la montée en âge.

VI. — MASTURBATION RECTALE PAR CORPS ÉTRANGER

De cette perversion apparentée à la sodomie passive, nous n'avons relevé qu'un cas. L'objet ici employé était la quille ; facile à se procurer dans les foyers militaires, elle remplaçait pour cet inverti passif le partenaire absent.

Cette pratique n'est pas anodine et, dans l'exemple cité, le sujet dut être hospitalisé pour « corps étranger inclus dans le rectum ».

Les lésions provoquées dans ces cas ont des degrés divers :

— Les objets de petit volume peuvent être fort bien tolérés pendant très longtemps. Par contre, dans certains cas, ils entraînent très rapidement des phénomènes d'œdème de la muqueuse, de rectite, la contracture surajoutée complétant l'obturation.

— Les corps étrangers volumineux sont très mal supportés. Lorsque leur longueur est suffisante, ils tendent à s'enclaver dans la concavité sacrée. Le mécanisme de cet enclavement a été étudié par DELBET ; le corps étranger se fixe dans une position oblique en haut et en avant, sa partie basse étant bloquée par l'aponévrose moyenne et le coccyx qui forme taquet.

Les lésions de la paroi rectale peuvent être variables et l'on peut distinguer :

- les lésions muqueuses pures : œdème, déchirure ;
- les ruptures incomplètes, pouvant entraîner une péricectite suppurée ;
- les ruptures complètes : soit sous-péritonéales (le corps étranger pouvant filer dans l'espace ischio-rectal), soit intra-péritonéale avec présence de corps étranger dans la grande cavité ;
- les ruptures totales du rectum avec lésions associées des organes adjacents : vessie, prostate.

Si le pronostic est habituellement favorable, néanmoins BLITZ-BLENNY (Montpellier, 1941) relève 33 % de mortalité dans les perforations intra-péritonéales.

Caractères généraux des perversis

Ce qui frappait le plus chez ces sujets, c'était la polyvalence de la perversion, son indifférence, sa non fixité et donc la promesse d'une réversibilité.

1° Les mêmes sujets s'adonnant à ces pratiques ne répugnaient pas des rapports plus naturels quand, à l'occasion, ils retrouvaient la femme. Tout se passait comme si le besoin sexuel se contentait des conditions du moment, comme un homme assoiffé boit de l'eau macroscopiquement souillée faute d'eau potable.

C'étaient des *perversis polyvalents*, ceux dont la sexualité avait pour objet l'un ou l'autre sexe, l'humain ou l'animal.

2° *Ce n'étaient pas des invertis complets*, ceux dont le désir n'a pour objet que les individus appartenant au même sexe qu'eux, tandis que des individus de l'autre sexe les laissent indifférents ou même provoquent chez eux une aversion sexuelle, incapables de l'acte normal, car n'y trouvant aucun plaisir.

3° *C'étaient des perversis occasionnels* : la perversion étant déterminée par les circonstances extérieures, en particulier par la privation de l'objet normal vers lequel tendaient leurs désirs.

Quelquefois, cette privation n'était que fictive morale : frustré dans l'accomplissement de l'acte naturel, l'individu cherchait ailleurs un émonctoire à son refoulement. L'aventure de ce garçon est suffisamment explicite :

Jeune engagé, frais arrivé au régiment, il se rend au B.M.C.¹. Là, il choisit la plus belle de ces plantureuses filles de joie, celle aussi la plus rusée ; devant l'inexpérience évidente de son partenaire, elle le renvoie, prétextant que celui-ci est atteint de « chaude-pisse ». Dégoûté, vexé, offensé dans son âme et dans sa chair, il jure de ne plus mettre les pieds au B.M.C. Il tint parole, tant et si bien qu'un mois plus tard, au matin de Noël, il entra à l'infirmerie pour un syndrome de *sodomie passive*.

(1) B.M.C. : Bordel militaire contrôlé.

Le syndrome de sodomie passive

LE SYNDROME DE SODOMIE PASSIVE

Le syndrome de sodomie passive consiste en un faisceau de signes fonctionnels contrastant avec la pauvreté des signes cliniques objectifs. Ce sera l'interrogatoire de l'entourage qui permettra l'identification du trouble.

Le malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre :

- douleurs sourdes profondes ;
- accompagnées parfois de rectorragies ;
- sans trouble du transit intestinal : pas de constipation, pas de diarrhée.

La palpation de l'abdomen ne révèle aucune anomalie : le ventre est souple, sans points douloureux provoqués.

La percussion est sans intérêt.

La température, le pouls, les urines : sans modifications.

Le toucher rectal montre, au doigt exercé :

- tantôt une prostate sensible ;
- quelquefois une diminution du tonus du sphincter anal, mieux apprécié par le signe du thermomètre.

Le thermomètre est introduit sans effort bien au delà des normes habituelles.

En cas de rectorragies, le doigtier revient souillé de sang. Ce sont des rectorragies :

- de sang mêlé de caillots ;
- créant de faux-besoins ;
- s'extériorisant quand on fait « pousser » le malade.

Parfois, l'examen clinique est négatif. Cependant, à l'inspection, un détail frappe l'observateur qu'est le clinicien :

- le désintérêt du sujet pour le monde extérieur, désintérêt manifeste pour tout ce qui l'environne ;
- réponses laconiques aux questions posées ;
- absence de conversation spontanée, mutisme volontaire ;
- perte de la jovialité coutumière ;
- regard perdu dans la contemplation du vide ;
- ailleurs cherchant un refuge dans le sommeil.

Comportement à tout le moins bien singulier que l'on aimerait expliquer par un sentiment de culpabilité du malade, un réflexe de fuite face au monde extérieur qui le juge. Se comportant comme un fautif, honteux, sa réaction est la claustration dans sa vie intérieure.

Le traitement est simple :

- le repos, l'isolement, les sédatifs ;
- de petits lavements hémostatiques laudanisés ;
- en cas de réctorragies, hémostatiques mineurs *per os* ;
- enfin et surtout, la psychothérapie.

AUTRES CONSÉQUENCES PSYCHO-SOMATIQUES

Les perversions n'étaient pas toujours l'aboutissement de cet absentéisme féminin, des manifestations psycho-motrices sont aussi observées, comme le montra la suppression du B.M.C.

Revenu d'Algérie, le régiment n'a pas emmené ses militantes philanthropes. Celles-ci, pensera-t-on, n'avaient aucun intérêt dans un pays où la prostitution est courante dans les villes, les filles gentilles dans les provinces. Si c'était en partie exact pour le militaire européen, tel n'était point le cas pour les engagés musulmans formant 80 % de l'effectif, parlant mal le français, jouissant en outre d'une mauvaise réputation ; ils se heurtaient à une fin de non-recevoir contribuant à exaspérer leurs sens déjà sous tension. Le résultat était des crises d'excitations psycho-motrices où le thème de la privation sexuelle revenait comme un leit-motiv, s'opposant à l'accomplissement de leur devoir de patriote dont ils attendaient la récompense, et dont ils ne récoltaient qu'ingratitude.

Il s'agissait de véritables crises d'hystérie touchant aux frontières de la psychiatrie :

- pleurs, larmes, cris, paroles incohérentes ;

- auto-châtiment corporel : le malade agité se roulant sur le sol, s'écorchant le visage de ses ongles, se frappant la tête contre divers obstacles ;
- il arrivait que l'agression se projetât sur autrui, un camarade sur qui le malade essayait sa vindicte latente en même temps que son refoulement.

Ramené à la conscience première par l'emploi des tranquillisants, le sujet avouera à l'interrogatoire son état d'insatisfaction sexuelle, l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'assouvir cette fonction virile pour lui indispensable à l'affirmation de sa valeur d'homme, nous offrant ainsi la preuve de l'étiologie frustrative de sa crise, des conséquences morbides d'exigences physiologiques contrariées.

Ubiquité sociale de l'inversion

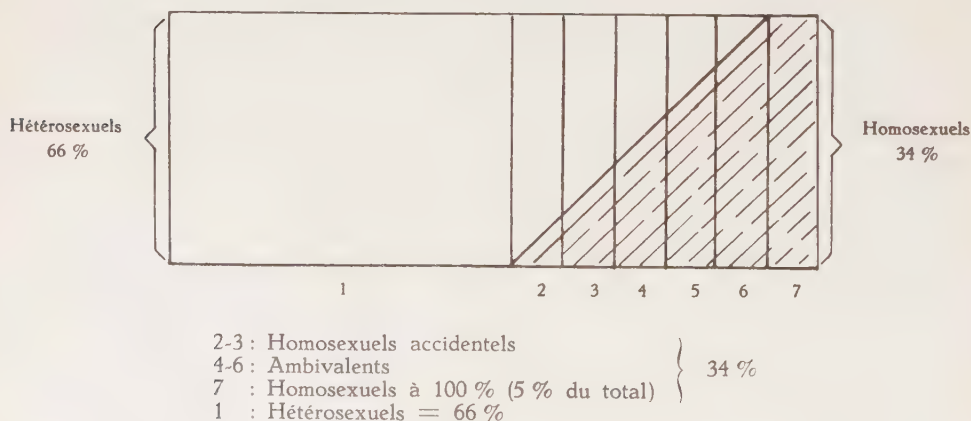
Les éléments où il nous a été donné de puiser ces observations avaient la particularité d'appartenir à une langue, à une race, à des mœurs différentes de celles des Européens. Musulmans, d'aucuns avaient vu là l'explication de leurs pratiques perverses.

La misère initiale, jointe aux coutumes religieuses, les mettant dans l'obligation d'acheter leurs épouses, étaient un facteur de recherche d'une satisfaction plus gratuite, homo-sexuelle ou hétéro-animale.

Il est bien connu que les peuples sous-développés sont extrêmement prolifiques et fortement sexués ; de même que l'obésité engendre l'impuissance, la maigreur serait-elle aphrodisiaque ? Cette susceptibilité sexuelle trouverait-elle dans l'oisiveté, inhérente à ces peuples, le temps libre aux rêves érotiques maladifs, à leur réalisation et conséquemment à leur pérennité ?

Mais si l'inversion est une pratique fréquente chez les peuplades primitives, elle fut aussi un passe-temps en vogue chez les peuples de l'Antiquité, à la période la plus élevée de leur civilisation. Et, à notre époque, parmi les peuples civilisés d'Europe, l'inversion est relativement étendue chez des gens dont le développement moral et intellectuel peut avoir atteint un haut degré d'évolution.

Aux Etats-Unis, les statistiques donnent la courbe suivante :



D'autre part, il semble que la sodomie passive soit aussi fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur 42 cas de maladie de Nicolas-Favre rectale (rapportés par RACHET et CACHERA), 35 avouèrent à l'interrogatoire leur pratique sodomique, ceux-ci se répartissant également dans les deux sexes. Elle est pour la femme un moyen de cultiver l'érotisme impunément, dans la mesure où elle refuse la procréation.

L'inversion va-t-elle contre nature

L'Homme et tous les Vertébrés, où règne la séparation des sexes ou gonochorisme, gardent les restes d'une nature embryologique primitivement hermaphrodite où en tout cas les traces d'une bipotentialité fondamentale, les données embryologiques sur la structure de la gonade et la coexistence de canaux vecteurs mâles et femelles le prouvent.

La sécrétion chez l'adulte des hormones des deux sexes (quoique à des taux différents suivant le sexe) montre qu'entre les deux sexes, les différentes ne sont pas fondamentales.

Ces faits et le mécanisme du développement du tractus génital permettent de concevoir l'apparition chez l'homme d'intersexes, c'est-à-dire de sujets chez lesquels coexistent des éléments caractéristiques de chacun des deux sexes. Improprement appelés hermaphrodites, ils ne sont jamais fonctionnels.

Le nom d'hermaphrodite s'applique en effet dans tout le monde zoologique à l'état de coexistence d'un appareil mâle et d'un appareil femelle, l'un et l'autre étant parfaitement fonctionnels.

Très inégalement réparti parmi les espèces animales, l'hermaphrodisme est la règle dans certains embranchements (plathelminthes), dans certaines classes (hirudinés, annélidés) et dans des groupes systématiques plus réduits (crustacés, gastéropodes, pulmonés).

La reproduction hermaphrodite est susceptible de diverses modalités :

1° Lorsque les gamètes des deux sexes sont mûrs simultanément, la fécondation peut se faire entre gamètes issus du même individu, c'est l'auto-fécondation, elle est exceptionnelle.

2° La fécondation croisée est la règle plus générale. Présentant des testicules et des ovaires distincts situés dans des régions différentes du corps, la plupart des hermaphrodites s'accouplent, l'un des conjoints fonctionnant comme mâle, l'autre comme femelle (escar-

got, ver de terre). Certains animaux hermaphrodites, comme les huîtres (*Ostrea edulis*), paraissent même être alternativement femelles ou mâles.

Chez les animaux gonochoriques, si la nature ne nous offre qu'à titre accidentel des cas d'« hermaphrodisme », elle nous montre fréquemment des exemples de perversions animales. Au hasard de nos promenades, à la campagne, de nos voyages ferroviaires, il nous est possible d'observer le comportement des animaux. Dans les prés où paissent en liberté les vaches, on est frappé par une tentative de coït entre deux vaches.

Dans une basse-cour, il est courant de voir des poules jouer au coq avec leurs congénères.

Les chiens offrent partout la preuve la plus démonstrative de cette perversion animale spontanée :

- homosexualité mâle ou femelle ;
- fétichisme, ébauche de coït à cheval sur un objet quelconque ;
- zoophilie même : chien essayant de se jucher sur le dos d'un âne.

Nous laisserons sous silence les copulations après dressage entre chien et femme, ou plus légendaire entre singe et femme.

Certains rétorquent que la prétendue aberration sexuelle de l'animal n'en est pas une, car pour l'animal, l'objet vers lequel le porte son instinct de reproduction, est projeté et intégré au niveau de l'aire visuelle corticale, comme un objet normal. Or cela n'explique pas que la femelle s'identifie au mâle, elle n'exclut pas non moins la perversion de l'instinct qui ne différencie pas l'anomalie.

L'inversion n'est donc pas le propre de l'homme, c'est une distorsion du sens génésique qu'il partage avec les animaux si proches de la nature.

Répercussions psycho-physiologiques de l'inversion

A en croire les chefs de file de cet art ésotérique (qui se disent moralistes et voudraient simplement que deux adultes consentants puissent pratiquer l'homosexualité en local clos sans encourir la réprobation publique), l'inversion serait douée de répercussions heureuses sur l'équilibre physiologique des initiés, apportant la détente physique, l'apaisement de l'esprit, décuplant le rendement intellectuel. Elle serait un moyen de cristallisation des facultés humaines, les élevant au summum de leur extériorisation individuelle.

Pour notre part, nous avons simplement constaté que, l'acte sexuel consommé d'une façon ou d'une autre, le soldat était plus calme, mieux discipliné, moins irascible, dans la mesure où la conformité de l'acte avec le moi intérieur n'engendrait pas de conflit. Mais ce n'était pas tant la manière de se satisfaire que la satisfaction elle-même la source de cet apaisement.

Loin d'encenser l'inversion, de lui accorder des vertus exhaustives ou lénitives, il est, et il demeurera toujours du devoir du médecin d'œuvrer à rétablir la fonction génésique normale dans le sens par lequel la nature permet à l'homme de procréer et de conserver le respect de sa dignité.

Quels étaient les remèdes contre les perversions

Ils sont divers et plus ou moins efficaces :

- la sanction ;
- les mesures psycho-prophylactiques ;
- les mesures pharmaco-diététiques ;
- les thérapeutiques occupationnelles ;
- le déconditionnement ;
- la prostitution.

I. — LA SANCTION

Elle n'est pas nouvelle à l'encontre du soldat ; on l'applique même à outrance dans l'un ou l'autre sens : à titre de contrainte ou de récompense.

Elle peut être couronnée de succès, mais inversement parfois aboutir à des conséquences néfastes : de la simple vengeance au suicide, en passant par l'état dépressif. La sanction a-t-elle sa place dans la lutte contre l'inversion ? Assurément, les viols ont cessé quand il s'est trouvé une volonté supérieure pour les réprimer. Mais comment punir l'inverti quand, dans la vie civile, l'inversion ne tombe pas sous le coup de la loi, hormis les cas d'attentat pédérastique, et de détournement de mineurs. Punir serait arbitraire, mais l'absence de mesures répressives laissait le champ libre à l'extension des perversions sexuelles.

II. — MESURES PSYCHO-PROPHYLACTIQUES

Tout d'abord, le médecin s'efforcera d'établir un contact bienveillant avec le sujet, afin de lui permettra de se confier en toute quiétude. Ce dialogue sera conduit avec tact et circonspection pour

ne point provoquer d'état conflictuel, de névrose malencontreuse ou enfoncer plus profondément les perversis dans leurs travers.

On essaiera de les convaincre du caractère anormal de leur inclination, de son immoralité qui les désigne au blâme de la société, de l'emprise irréversible à la longue de cette habitude, des difficultés éprouvées ensuite pour s'en débarrasser, des perversions de remplacement (masturbation rectale), des névroses, des conséquences médico-légales qui en découlent.

On visera à créer chez eux la phobie des zoonoses, de la lympho-granulomatose vénérienne au pronostic fâcheux pour l'avenir rectal.

Mais c'est surtout aux passifs que l'on s'adressera, ce sont eux qui forment le contingent futur des invétérés. Le médecin leur montrera l'indignité de cette condition faisant d'eux des bêtes de somme à la merci d'individus qui les exploitent et les ridiculisent. Il cherchera à éveiller en eux un sentiment de révolte contre cette passivité que mettent à profit les actifs.

Il aurait fallu compléter cette action par le transfert de l'inverti hors de sa zone d'évolution habituelle, mais l'ubiquité de l'inversion rendait cette mesure vaine.

Il ne suffisait pas de faire de la psycho-prophylaxie individuelle mais de l'étendre sur une grande échelle par le truchement des rares intellectuels enrôlés et éduqués dans ce but. Le langage est un merveilleux instrument de propagande donnant des fruits à longue ou à brève échéance. Les mots sont des excitants de l'écorce cérébrale, ils sont à l'origine d'un nombre considérable de réflexes conditionnés groupés en stéréotypes très complexes, réflexes qui se forment sous l'influence de l'éducation et des échanges sociaux.

Il existe des pensées qui frappent l'esprit et y demeurent si fortement gravées, qu'elles impriment au sens moral des individus des mutations inconscientes.

III. — MESURES PHARMACO-DIÉTÉTIQUES

Elles doivent être ambulatoires, c'est-à-dire compatibles avec la vie active des combattants, sans diminuer leur rendement physique.

Théoriquement, elles devraient s'appuyer sur des mesures diététiques :

- suppression du thé, des épices aux vertus aphrodisiaques ;
- suppression du café dont la caféine élève électivement les capacités d'excitation des cellules cérébrales ;

- interdiction de l'alcool, désinhibiteur, donc excitant à petites doses, provoquant à fortes doses une chute concomitante de l'excitation et de l'inhibition, libérant les chaînes de réflexes conditionnés anciens et inhibés, abolissant le « self-control ».

Plus accessible, l'emploi des *bromures*. Ils ont une action élective sur les facultés d'inhibition qu'ils tonifient fortement. C'est ainsi que s'explique leur action sédative : le renforcement de l'inhibition qu'ils déterminent s'oppose à la manifestation d'excitations exagérées. Une posologie faible de 0,50 g - 1,50 g peut être admise en moyenne soit sous forme de bromure de calcium, soit sous forme de bromure de sodium. Il en existe des préparations commerciales qui donnent un savoureux bouillon pouvant être ajouté à l'alimentation.

IV. — LES THÉRAPEUTIQUES OCCUPATIONNELLES

Palliatives, elles consistaient à dispenser à ces hommes des dérivatifs ne laissant pas leur conscience s'ouvrir à leur famine sexuelle.

En leur offrant des activités diverses leur permettant de meubler leurs loisirs, soit à titre collectif (sport, cinéma, théâtre...), soit à titre individuel (lecture, art photographique...); en combattant l'oisiveté propice aux rêves érotiques, on devait pouvoir contribuer à la prophylaxie des perversions sexuelles.

En fait, par leur profession même et la situation du moment les obligeant à un rythme opérationnel intensif, ces hommes avaient déjà une occupation suffisamment absorbante pour éviter l'évasion de l'imagination vers les considérations lubriques ; or, il semblait au contraire exister une relation de cause à effet entre ces conditions de vie et les aberrations sexuelles : c'est au cours des bivouacs en campagne qu'elles se manifestaient avec une plus grande fréquence.

V. — LE DÉCONDITIONNEMENT

On a vu tout au début la dépendance psychique de la faim et de l'appétit sexuels. Le conditionnement de l'homme parvenu à la maturité génitale active, du fait des expériences antérieures acquises et des stimuli affectifs ou autres qui y étaient associés.

Le pervers, au même titre que le sujet normal, est un conditionné, mais sur ce système de réflexes conditionnés, le cortex garde ses droits d'inhibition, de facilitation ou de non intervention.

C'est sur les différents stades de cet arc réflexe que toutes mesures prophylactiques ou thérapeutiques devront s'efforcer d'agir :

- action sur le psychisme en augmentant l'inhibition ou en diminuant l'activation ;
- action sur les stimuli extérieurs ;
- action sur l'objet convoité en le mettant hors d'atteinte ou en le métamorphosant.

La déconnexion de ce mécanisme si bien agencé se fera par la création de nouveaux réflexes qui remplaceront les premiers nocifs. Ce démontage et ce nouveau montage sont réalisables, si l'intéressé l'accepte de son plein gré. Cette participation, on peut l'obtenir par la psychothérapie en incitant chez le sujet le désir de se transformer. Elle n'aura pas lieu sans réticence, car les méthodes de déconditionnement employées sont désagréables.

— Des fétichistes ont été déconditionnés en absorbant des vomitifs matin et soir devant l'objet de leur perversion.

— On connaît des exemples de déconditionnement spontané dû à l'acquisition de nouvelles habitudes de vie.

— Homosexuel travaillant de nuit, ne pouvant plus concilier son horaire de loisir avec celui de son partenaire diurne.

Ailleurs, le changement est passager, mais l'habitude née durant cette période demeurera solidement assise : inverti momentanément séparé de son partenaire qui, durant cette absence, s'attache à un être du sexe opposé, reniant définitivement la vie passée, résistant même au chantage du partenaire délaissé.

Tout se passant comme si l'automatisme une fois élaboré avait besoin pour sa stabilité d'être « entretenu ».

VI. — LA PROSTITUTION CONTRE L'INVERSION

Elle avait l'avantage de s'attaquer à l'étiologie même du mal : la carence féminine, et de n'être point seulement palliative, c'est-à-dire tout juste propre à espacer les sollicitations de la libido.

Elle permettait, compte tenu de l'indifférence des invertis, de canaliser l'épanchement de leurs tendances naturelles vers la voie vaginale.

Pour ce faire, d'aucuns avaient préconisé et créé le B.M.C., autrement dit le « Bordel militaire contrôlé », aboutissant à cette solution paradoxale de combattre les perversions par la prostitution.

En fait, cette solution d'échange n'était qu'un pis-aller, dont les faiblesses n'allaient pas tarder à se faire jour :

- La prostitution était payante ; les perversions étaient gratuites.
- Le B.M.C. avait un horaire précis favorisant ou défavorisant certains ; la sodomie n'avait pas de réglementation horaire.
- Les prostituées transmettaient des maladies vénériennes ; l'homosexuel n'en dispensait qu'exceptionnellement.
- Le nombre de femmes était limité (4 à 8 pour 600 hommes) ; les pervers étaient ubiquitaires.
- Le B.M.C. était fixe, les filles restaient au cantonnement ; les invertis étaient ambulants, se déplaçant avec le régiment souvent en campagne.

Ainsi s'établissait une sorte de concurrence entre perversion et prostitution, dont le compromis était la coexistence pure et simple.

Néanmoins, le recensement d'un personnel féminin philanthrope avait une réelle valeur de prévention des perversions sexuelles :

- Elle était un pôle d'attraction compétitif détournant à son profit ceux qui n'étaient pas encore initiés.
- En substituant par une espèce d'escroquerie à l'objet de la convoitise perverse un objet aussi convoitable mais normal, elle entretenait l'ambivalence des invertis, empêchant le passage à la chronicité irrémédiable, laissant subsister l'espoir pour l'avenir d'un retour à la sexualité normale.

Au médecin, la prostitution posait de nouveaux problèmes, celui en premier lieu de l'hygiène préventive des maladies vénériennes. Il ne fallait pas que la fréquence des affections dites « honteuses » aboutisse à l'effet contraire : détacher l'homme de la femme, l'inciter à sacrifier à sodome. Le médecin se devait donc de mettre sur pied un système de dépistage, de prophylaxie et de traitement des affections génitales transmissibles, évitant à ses protégés l'atteinte morbide de cet organe si précieux à leur vanité d'homme.

Affections vénériennes liées à la sodomie passive

Il en existe deux :

- la syphilis ano-rectale primaire ;
- la lymphogranulomatose vénérienne ano-rectale.

1) LE CHANCRE SYPHILITIQUE ANAL

Il peut se présenter sous l'aspect de crête de la muqueuse, saillant de l'anوس, ou d'érosion fissuraire cachée par les plis radiés de la muqueuse anale.

Ailleurs, de siège rectal, le chancre passe facilement inaperçu, sauf dans les rares cas où il s'accompagne de crises douloureuses et d'émission de glaires sanglantes. C'est l'examen endoscopique qui l'identifiera.

2) LA LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE ANO-RECTALE

Au début, il s'agit d'ano-rectite discrète se traduisant par un léger ténésme rectal avec suintement séreux ou sanguinolent.

Souvent non traitée car non diagnostiquée précocement, elle se compliquera tardivement après des années de sténose rectale ou de végétations de la muqueuse, hypertrophiques, condylomateuse, alternant avec des ulcérations suintantes.

En fait, ces localisations ano-rectales classiques semblent exceptionnelles. Nous n'avons relevé aucun chancre syphilitique, aucune maladie de Nicolas-Favre de siège ano-rectal chez nos nombreux uranistes. Le seul cas de lymphogranulomatose vénérienne ulcéro-végétante ano-rectale découverte, le fut chez un civil arabe qui nia tout acte homosexuel originel.

Cette rareté apparente est probablement en rapport :

- d'une part avec la localisation souvent inapparente et asymptomatique des lésions du début ;
- d'autre part, à la chimio-prophylaxie involontaire liée à la généralisation de l'emploi des antibiotiques et des sulfamides.

* *

A PROPOS DE LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

Dans un pays où la syphilis sévissait à l'état endémique, la prévention des maladies vénériennes (dans une institution réputée en être la source majeure) devenait une tâche particulièrement ardue, d'autant plus compliquée que le personnel féminin recruté faisait fi des prescriptions les plus élémentaires de l'hygiène : le bidet et le bock étant davantage des motifs d'ornement !

En outre, nous nous heurtions à des interdits frappant la pénicilline dans la prophylaxie et le traitement des gonococcies. Règles d'abstention que venaient renforcer les statistiques récentes de l'hôpital Saint-Louis (F. CAVALLIER, 1962). Les statistiques des cas de syphilis relevés dans un service de Saint-Louis, de 1952 à 1960, et comparés avec celles du service Sézary, de 1934 à 1938, montraient que :

1° Les syphilis cliniques sont deux fois et demie moins fréquentes chez l'homme et deux fois moins chez la femme.

2° Les syphilis sérologiques ont quintuplé chez l'homme (19,3 %) et triplé chez la femme (26,9 %).

Dans notre relevé personnel, sur 12 cas de syphilis dépistés au bataillon, 1 seul chancre primaire était noté. Les 11 autres cas étaient des syphilis sérologiques soit isolées, de découverte d'examen systématique, soit accompagnées de lésions tertiaires :

- nodules hypodermiques ;
- alopecies en clairières ;
- névrite optique.

Parmi les facteurs pouvant expliquer l'augmentation des syphilis sérologiques, le rôle discutable des transfusions sanguines et beaucoup plus vraisemblables des thérapeutiques antibiotiques.

Les prescriptions étaient formelles : au cours du traitement des gonococcies, la pénicilline était interdite.

« Celle-ci, utilisée pour enrayer de nombreuses infections et en particulier la blennorragie, servait de paravent à la syphilis primaire, la rendant inapparente sans la guérir. » (P. BOLGERT.)

Pourcentage des syphilis sérologiques

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Statistique Hôpital Saint-Louis 1952-1960	19,3 %	26,9 %
Statistique Service Sézary 1934-1938	3,86 %	8,5 %

Statistique portant sur 600 militaires musulmans en A.F.N.

	<i>Nombre</i>	<i>en % du bataillon de 600 hommes</i>
Syphilis de primo-infection ..	1	0,16 %
Syphilis sérologiques se répar-		
tissant en :		
— alopecies	2	} 1,8 %
— névrite optique	1	
— gomme	1	
— sérologie systématique .	7	
<i>Total :</i>	12	2 %

A la lumière de ces conclusions, il s'avérait nécessaire de n'utiliser que la streptomycine dans la cure des infections gonococciques, éliminant du même coup « le risque de traiter une syphilis non diagnostiquée et donc non surveillée par la suite ».

L'apparition d'une syphilis sérologique chez une prostituée pourtant régulièrement surveillée, contribua à bouleverser cette rigueur

thérapeutique codifiée par les sommités médicales. Elle montrait combien étaient vaines les restrictions médicamenteuses qui n'avaient pas permis le dépistage précoce du chancre. Qui plus est, favoriser par l'abstention de médications tréponémicides l'évolution d'une syphilis clinique devenait dangereux dans un B.M.C. N'était-ce pas simultanément, puisque contagieuse, en promouvant la dissémination dans les rangs des militaires au trafic génital intense ? Que de risques avait représentés cette femme avant son dépistage !

Si l'on tient compte de l'opinion de M. DE GRACIANSKY¹ sur le problème des syphilis décapitées, par les antibiotiques tréponémicides, lors du traitement des blennorragies, on se réjouit de ce que l'auteur ne voie pas d'inconvénient à utiliser de telles thérapeutiques, pourvu qu'on les prescrive assez fort et assez longtemps pour blanchir définitivement une éventuelle syphilis présérologique.

L'injection de 2.400.000 de benzathine-pénicilline par mois chez les prostituées et chez les militaires lors d'une urétrite gonococcique, permettait grâce à la pénicilline-retard utilisée inhibant en permanence l'organisme, l'avortement d'une contamination syphilitique éventuelle.

Dans les huit mois qui suivirent, grâce à l'application de cette méthode, aucune des prostituées ne présenta de syphilis clinique ou sérologique.

Les statistiques de GUTHE (Service Antivénérien de l'O.M.S.) semblent démontrer la prévention à cent pour cent réalisée chez les prostituées par l'injection mensuelle systématique de pénicilline long retard. Cette mesure fut préconisée en France par DUREL.

D'autres auteurs (P. DE GRACIANSKY, S. BOVILLE, G. GRUPPER, M. BALTER et M. PRÉVOST)²

« pensent que ce traitement mérite d'être appliqué systématiquement aux sujets qui ont été en contact avec un malade contagieux puisque, d'un point de vue individuel, il met le sujet contact dans les meilleures conditions de précocité ; d'un point de vue collectif, il supprime toute possibilité de transmission de la syphilis qui peut se faire, on le sait, avant l'apparition des premiers signes cliniques (période préchancreuse) ».

(1) *Presse Médicale*, 1962, n° 18.

(2) *Bull. Soc. Franç. Dermatologie*, 1954, 61.

A PROPOS DU TRAITEMENT ET DE LA PROPHYLAXIE DE L'URÉTRITE GONOCOCCIQUE

Les blennorragies sont coutumières dans l'armée, d'autant plus que le sevrage sexuel des militaires éloignés entraîne un besoin qui trouve son émonctoire à la première occasion, sans choix délibéré de la partenaire.

La prévention de la gonococcie par la sulfamidothérapie ou l'antibiothérapie orale après le coït suspect, au même titre que la prophylaxie du paludisme par les schizonticides, est aléatoire et incontrôlable ici : les copulateurs ne comprenant pas qu'ils se doivent d'ingurgiter des drogues quand ils se portent bien ; d'ailleurs, ils doutent de l'efficacité des comprimés.

Les préservatifs ne jouissent pas d'une grande faveur car ils ôtent ou diminuent le plaisir.

Les onguents prophylactiques fournis et distribués par les pharmacies de l'armée le sont en pure perte.

Il semble que le soldat mette un point d'honneur à prouver qu'il est invulnérable aux maladies vénériennes. L'un d'eux allant jusqu'à tirer gloriole de sa « chaude-pisse », preuve qu'il n'était pas un inverti.

L'incubation terminée, le sujet vient se plaindre de cuisson à la miction, de prurit, de goutte blanchâtre, laiteuse, épaisse du méat urinaire, tachant et émpesant le linge.

L'enquête révèle le contage suspect, datant de deux à cinq jours.

L'examen clinique est parfois délicat, le malade souvent vient d'uriner, l'expression manuelle de l'urètre antérieur n'est pas productive. Cependant le sujet affirmant l'existence d'un écoulement insolite, il restera à le convoquer le lendemain matin avec ordre de ne pas uriner, et priorité pour ces vessies en rétention volontaire.

Tantôt les signes cliniques se dévoilent, tantôt on ne trouve rien d'anormal. Devant la bonne foi du patient, un examen bactériologique est demandé sur prélèvement urétral et éventuellement après massage prostatique.

A l'opposé, il existe des gonococciques urétraux qui s'ignorent ou qui, par timidité, ne se présentent pas à la consultation du matin. Pour ceux-là, faut-il agir par surprise, faire des examens de dépistage collectif systématique aux heures de repos, sans préavis, extemporanément. Les résultats sont toujours fructueux. Il y a des urétrites

aiguës de premier contage, des urétrites antérieurement traitées déclarées guéries, continuant d'évoluer à « bas bruit ». La faute, dans ce dernier cas, n'incombe pas tant au thérapeute qu'à la thérapeutique classique standardisée.

Un gramme de streptomycine est la dose admise comme curative d'une blennorragie récente ; s'il est exact que deux injections de 0,50 g de streptomycine à six heures d'intervalle sont généralement suivies de sédation de l'écoulement urétral, de disparition des symptômes fonctionnels, de négativation bactériologique, jamais chez ces combattants ces doses n'ont été suffisantes à empêcher les rechutes : vingt-quatre à quarante-huit heures après l'arrêt du traitement, l'urétrite réapparaissait. Dans d'autres alternatives, il persistait une suppuration chronique sans traduction fonctionnelle, le malade faisant confiance au médecin, se croyait guéri jusqu'au prochain dépistage lors d'un examen systématique.

De ces observations, que faut-il en déduire ?

1) La recontamination du sujet malgré l'assurance donnée de sa continence ?

2) Le passage à la chronicité de l'infection du fait de traitement insuffisant, de l'existence de foyers infectants urétraux ou de cavernules prostatiques ?

3) La résistance des germes à la streptomycine employée seule ; ceci se comprend mieux si l'on se souvient que la source majeure de contage sont les prostituées présentant des gonococcies compliquées de métrite, d'annexite, skénite, bartholinite... particulièrement difficiles à enrayer par des infiltrations locales et générales de streptomycine.

4) L'indiscipline des militaires qui s'adonnent aux boissons alcoolisées et n'observent pas l'abstinence sexuelle conseillée.

Prenant note de ces constatations, comment conduire le traitement, se doit-on d'augmenter les doses de streptomycine : 5-6 g par cure ?

A en croire les oto-rhino-laryngologistes, témoins des méfaits de la streptomycine sur l'appareil auditif et labyrinthique, cet antibiotique devrait être proscrit de l'arsenal thérapeutique du praticien chaque fois que le remplacement est possible, ne réservant la streptomycine qu'à la lutte antituberculeuse.

Certes la gamme des antibiotiques actifs sur le diplocoque en grain de café de Neisser est assez étalée (tétracycline, spiramycine, pénicilline, sulfamides) pour permettre ce choix. Mais la streptomy-

cine et la pénicilline étant les deux antibiotiques courants fournis par les pharmacies de l'armée, les comprimés jouissant d'un préjugé défavorable chez les militaires ignorants, il importait de trouver un compromis :

D'une part, utiliser des doses faibles de streptomycine ; d'autre part, consolider par la pénicilline long retard la guérison entamée suivant le schéma de Durel.

Pour DUREL, il semble que le seul moyen d'interrompre la contamination en série, cause de la persistance actuelle de la morbidité gonococcique, consiste à employer la benzathine-pénicilline G à forte dose.

« Une injection de 2.400.000 de pénicilline très long retard guérit la gonococcie constatée ; mais en outre, la longue persistance de l'antibiotique dans l'organisme empêche pendant au moins un mois toute nouvelle fixation du gonocoque et du tréponème. »

Les expériences de HODKINGS (1954), de TAKOS, ELGIN et CATO (1957) sont tout à fait en faveur de cette théorie.

Sur une statistique portant sur huit mois dans un bataillon de 600 hommes, nous avons relevé 51 cas d'urétrites gonococciques, ceux-ci se répartissant comme suit :

Mois	Nombre de blennorragies	en % du bataillon de 600 hommes	Nombre de rechutes	Modalité du traitement
1 ^{er} mois	18	3 %	5	3 g de streptomycine } 3 g de streptomycine 2.400.000 de benzathine-pénicilline
2 ^e mois	11	1,8 %	0	
3 ^e mois	5	0,8 %	0	
4 ^e mois	4	0,6 %	0	
5 ^e mois	3	0,5 %	0	
6 ^e mois	4	0,6 %	0	
7 ^e mois	3	0,5 %	0	
8 ^e mois	3	0,5 %	0	
<i>Total :</i>	51	8,5 %	5	

- Premier mois : 18, soit 3 % de l'effectif.
- Deuxième mois : 11.
- Moins de 5 blennorragies les mois suivants.

Ces résultats sont dus à la mise en œuvre du traitement associé :

- chez le militaire : 3 g de streptomycine ; 2.400.000 d'exten-cilline ;

- chez la prostituée saine : 2.400.000 de benzathine-pénicilline par mois ;
- chez la prostituée gonococcique : 2.400.000 de benzathine-pénicilline ; 5-6 g de streptomycine par voie locale et générale.

La persistance des blennorragies chez les militaires, malgré ces mesures, est probablement en rapport avec le renouvellement incessant du personnel du B.M.C.

Sur ces 51 cas, nous avons pu pratiquer 25 examens sérologiques. Trois à six mois après, nous n'avons enregistré aucun virage spécifique.

Conclusion

Durant notre séjour dans le Service de Santé en Algérie, nous avons pu constater la fréquence des perversions sexuelles au cours de la vie en campagne.

Si, du fait des conséquences pathologiques (rectorragies) résultant de ces pratiques, un faible pourcentage d'homosexuels (8 %) a pu être dénombré, l'inversion n'était pas seule en cause : onanisme, fétichisme, bestialité, masturbation rectale par corps étranger... rivalisaient aussi.

Un caractère particulier était à noter : la polyvalence des pervers. Ils étaient à la fois zoophiles et invertis, homosexuels et hétérosexuels.

La coexistence de la prostitution posait le problème de la prévention des maladies vénériennes. Le pourcentage élevé des blennorragies (3 % de l'effectif le premier mois), plus faible des syphilis (2 % décelés en huit mois), pu être notablement réduit, grâce à la mise en œuvre de la pénicillinothérapie long retard à titre prophylactique, préconisée par DUREL :

- chez les prostituées contagé d'une part ;
 - chez les militaires gonococciques d'autre part.
-

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

Bibliographie

CIER (J.F.). — *E.M.C.* : Urologie, février 1963, 18.603. Physiologie de l'érection et de l'éjaculation.

JOANNON (P.). — Cours : Perversions et aberrations sexuelles.

GRACIANSKY (P. DE). — *E.M.C.* : Dermatologie, 1961, 12.670 A30. Syphilis, traitement.

CHAMPEAU (M.). — *E.M.C.* : Lésions traumatiques du rectum et de l'anus, 1959, 9.078 D10.

Presse Médicale, n° 18, 1962 : A propos de la fréquence actuelle des syphilis uniquement sérologiques.

